

Kundeninformation zur Unfallversicherung – Gewerberisiken und Vereine –

Verbraucherinformation

Erläuterungen und Hinweise

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen

(Stand 01.11.2016)

Inhaltsverzeichnis	Seite
Verbraucherinformation zur DEVK-Unfallversicherung	3 - 5
A. – Erläuterungen und Hinweise	6 - 10
– Hinweise zu Gruppenversicherungsverträgen	11
B. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2014 Fassung DEVK Stand 01.11.2016) für Gewerbetreibende und Vereine	12 - 19
C. – Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen	20 - 31
D. – Hinweise zum Datenschutz	32 - 40
E. – Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“	41 - 42
– Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Versicherungs-AG“	42

Wer sind die Vertragspartner?

- Ihr Vertragspartner ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den jeweiligen Satzungen. Danach ist Ihr Vertragspartner entweder die

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G.

Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Klaus-Dieter Hommel

Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Rüdiger Burg,
Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens

Riehler Straße 190
50735 Köln

Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 8234
USt-IdNr. DE 122 808 997

oder die

DEVK Allgemeine Versicherungs-AG

Vorsitzende des Aufsichtsrates: Cosima Ingenschay

Vorstand: Gottfried Rüßmann (V), Rüdiger Burg,
Michael Knaup, Dietmar Scheel, Bernd Zens

Riehler Straße 190
50735 Köln

Amtsgericht Köln Nr. 42 HRB 7935
USt-IdNr. DE 811 201 404

Welches Unternehmen Ihren Versicherungsvertrag führt, ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den jeweiligen Satzungen der Unternehmen.

- Unser Vertragspartner sind Sie als Versicherungsnehmer.

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit der DEVK und welche Aufsichtsbehörde ist für die DEVK zuständig?

Die beiden oben genannten DEVK-Unternehmen betreiben u. a. folgende Versicherungen:

- die Unfallversicherung (Allgemeine Unfallversicherung und Kfz-Unfallversicherung)
- die Haftpflichtversicherung
- die Kfz-Haftpflichtversicherung
- Sonstige Kfz-Versicherungen (Fahrzeugvoll- und Fahrzeugteilversicherung)
- die Feuer- und Sachversicherung (Feuer-, Einbruchdiebstahl-, Leitungswasser-, Glas-, Sturm-, Verbundene Hausrat-, Verbundene Gebäude-, Caravan-Universal-, Reisegepäck-, Elementar- und Allgafahrenversicherung)

Die zuständige Aufsichtsbehörde für diese beiden DEVK Unternehmen ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Welche Leistungen wir im Versicherungsfall zu erbringen haben, ergibt sich aus der jeweiligen Versicherung, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Einen Überblick des Leistungsspektrums finden Sie in den Hinweisen und Erläuterungen, die dieser Verbraucherinformation folgen.

Generell regeln sich die gegenseitigen Rechte und Pflichten nach

- dem von Ihnen gestellten Antrag,
- dem Versicherungsschein,
- den zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gültigen Unternehmenstarifen,
- den dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen,
- den Erläuterungen und Klauseln, die im Versicherungsantrag angegeben sind bzw. auf die im Versicherungsantrag oder Versicherungsschein verwiesen wird.

Im Übrigen gelten die gesetzlichen Regelungen.

Sollten Sie Mitglied des DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK- Versicherungsvereins a.G. sein, gilt für Ihr Vertragsverhältnis zusätzlich die Satzung.

Stellen Sie fest, dass Sie die aufgeführten Vertragsunterlagen nicht oder nicht vollständig besitzen, bitten wir Sie, sich an Ihre zuständige Regionaldirektion zu wenden.

Welche Leistungen Ihre jeweilige Versicherung umfasst und wann unsere Entschädigungszahlung im Schadenfall fällig wird, entnehmen Sie bitte den jeweiligen Erläuterungen und Hinweisen sowie den geltenden Versicherungsbedingungen. Die Versicherungsbedingungen sind Bestandteil der Ihnen vorliegenden Kundeninformation und sind in diesem Heft abgedruckt.

Wie hoch ist der Gesamtpreis der Versicherung und welcher Beitrag entfällt bei Abschluss von mehreren selbstständigen Versicherungsverträgen auf die einzelnen Versicherungen?

Die von Ihnen zu entrichtenden Beiträge ergeben sich aus den zum Vertragsschluss gültigen Unternehmenstarifen, die für Ihre Person maßgeblich sind. Die konkrete Höhe des Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen, den Sie bei Antragstellung als Kopie zusammen mit dieser Kundeninformation erhalten. Sollten Sie bei uns mehrere Versicherungen beantragt haben, werden die einzelnen Beiträge auf dem Antrag und auf dem Versicherungsschein einzeln ausgewiesen. Die im Antrag und Versicherungsschein genannten Beiträge enthalten die Versicherungssteuer, in der zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses gültigen Höhe.

Wann und wie ist der Versicherungsbeitrag zu zahlen?

Hinweise und Erläuterungen zur Fälligkeit und Zahlung des Erst- und Folgebeitrags können Sie dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen entnehmen. Die mit Ihnen vereinbarte Zahlungsweise des Beitrags wird von uns zum Fälligkeitszeitpunkt beachtet.

Welche der Ihnen erteilten Informationen sind befristet?

Die Informationen zum Versicherungsvertrag sind so lange wirksam, wie der mit Ihnen geschlossene Versicherungsvertrag unverändert bestehen bleibt. Spätere Änderungen im Versicherungsschutz, die von Ihnen beantragt werden, können auch Änderungen bei den Vertragsinformationen nach sich ziehen.

Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsvertrag wird durch einen Antrag von Ihnen angebahnt. Bei Antragstellung erhalten Sie rechtzeitig vor Ihrer Unterschrift eine Durchschrift des Versicherungsantrags, die in dieser Kundeninformation zusammengefassten Verbraucherinformationen, die Erläuterungen und Hinweise, sowie die Versicherungsbedingungen, die dem künftigen Vertrag zugrundeliegen, um Ihnen auf diese Weise eine Prüfung des gewünschten Versicherungsschutzes zu ermöglichen.

Bei einem Antrag, der auf Ihren Wunsch hin telefonisch bei uns eingeht und der deswegen eine rechtzeitige Information in Textform (schriftlich oder in anderer lesbarer Form) vor Ihrer Vertragserklärung nicht zulässt, erhalten Sie die zuvor genannte Kundeninformation unverzüglich nach Vertragsschluss zusammen mit dem Versicherungsschein. Dies gilt auch bei einer Antragstellung durch ein anderes Fernkommunikationsmittel, welches eine rechtzeitige Information vor Ihrer Vertragserklärung aufgrund der technischen Gegebenheiten nicht zulässt.

Wir prüfen sodann Ihren Antrag nach Eingang bei der DEVK und entscheiden, ob wir ihn in der von Ihnen gestellten Form annehmen können. Erhalten Sie von uns einen Versicherungsschein und widerrufen Sie ihre Vertragserklärung nicht, kommt der Versicherungsvertrag zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt zum beantragten Datum, wenn Sie den Erstbeitrag rechtzeitig und unverzüglich zahlen. Nähere Einzelheiten hierzu und die Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung können Sie dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen und welche Folgen hat ein wirksamer Widerruf?

Wir haben Sie über die Möglichkeit des Widerrufs Ihrer Vertragserklärung sowie dessen Folgen auf Ihrem Antrag hingewiesen. Insofern möchten wir auf diese Information im Antrag verweisen.

Wie lange läuft der Vertrag und welche Kündigungsmöglichkeiten haben Sie?

Die Versicherung wird zunächst bis zum 31.12. um 24:00 Uhr, und für das gesamte nächste Kalenderjahr abgeschlossen. Mit dem Ablauf der Vertragszeit verlängert sich der Vertrag um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem anderen Vertragspartner eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Nach einem Versicherungsfall kann innerhalb eines Monats (Eingang beim Empfänger) unter den in den entsprechenden Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen gekündigt werden. Nähere Einzelheiten hierzu und weitere außerordentliche Kündigungsmöglichkeiten können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Welches Recht und welche Vertragssprache wenden wir an?

Für das Versicherungsverhältnis und die vorvertraglichen Beziehungen gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Die Vorabinformationen, der Vertragsabschluss und die Kommunikation mit Ihnen während der Vertragslaufzeit erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Teilungsabkommen

Unsere Unternehmen sind dem Teilungsabkommen Mieterregress, das zwischen den Gebäude- und Allgemeinen Haftpflichtversicherern sowie dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) geschlossen wurde, ab dem 1. Januar 2009 beigetreten. Das Abkommen regelt Ausgleichs- und Regressansprüche des Gebäudeversicherers bei einem schuldhaft herbeigeführten Feuer- oder Leitungswasserschaden, der von einem haftpflichtversicherten Mieter, Pächter bzw. des jeweiligen Repräsentanten oder einer mit dem Mieter bzw. Pächter in häuslicher Gemeinschaft lebenden Person oder eines Mitarbeiters des Mieters oder Pächters objektiv fahrlässig verursacht wurde.

Bei Schäden bis zu 2.500 Euro verzichtet der Gebäudeversicherer auf die Geltendmachung von Regress- bzw. Ausgleichsansprüchen. Bei Schäden über 2.500 Euro und bis zu 100.000 Euro beteiligt sich der Haftpflichtversicherer am Entschädigungsbetrag mit einer Quote von 50 Prozent. Schäden über 100.000 Euro fallen nicht in den Anwendungsbereich dieses Abkommens.

Wichtiger Hinweis:

Aufgrund europarechtlicher Vorschriften müssen wir auf folgenden Umstand hinweisen:

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Welche Hilfe können Sie bei Fragen oder Meinungsverschiedenheiten mit uns in Anspruch nehmen?

Bei Fragen und Kritik hilft Ihnen unsere für Sie zuständige Regionaldirektion gerne weiter.

Wenn Sie mit der Bearbeitung Ihres Anliegens nicht zufrieden sind und Anlass zur Beschwerde haben, können Sie sich aber auch an folgende Kontaktadresse wenden.

Vorstand der DEVK Versicherungen
Ressort Qualitätsmanagement
Riehler Straße 190
50735 Köln

Wir antworten auf Ihre Beschwerde innerhalb von acht Tagen. Sollte sich die Bearbeitung verzögern, werden wir Sie über die Gründe informieren.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie Ihren Anspruch zuvor erfolglos bei Ihrem Versicherungsunternehmen geltend gemacht haben und dass über den Gegenstand der Beschwerde noch kein Gericht eine Sachentscheidung getroffen hat oder die Streitigkeit bei einem Gericht anhängig ist.

Sie erreichen den Ombudsmann unter:

Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Postfach: 08 06 32, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000 (Anruf aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)
Fax: 0800 3699000 (Fax aus dem deutschen Telefonnetz kostenfrei)

EU-Plattform zur Online-Streitbeilegung:

Die Europäische Kommission stellt seit Februar 2016 eine Internetplattform zur Online-Beilegung von Streitigkeiten bereit. Die sogenannte OS-Plattform fungiert als zentrale Anlaufstelle für Verbraucherinnen und Verbraucher sowie Unternehmen. Sie regelt Streitigkeiten, die aus online geschlossenen Kauf- oder Dienstleistungsverträgen (z. B. über eine Internetseite, eine mobile Anwendung oder per E-Mail) entstehen. Neben allgemeinen Informationen zur außergerichtlichen Streitschlichtung bietet sie die Möglichkeit, Streitfälle zur Schlichtung einzureichen.

Internet: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. Welches Gericht für Klagen gegen uns zuständig ist, können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.

A. – Erläuterungen und Hinweise zur Unfallversicherung

In dieser Unterlage wird auf eine parallele Nennung beider Geschlechtsformen der besseren Lesbarkeit wegen verzichtet. Die andere Form ist ausdrücklich mit gemeint (z. B. Sportler/Sportlerin).

Alle fünf Sekunden passiert irgendwo in Deutschland ein Unfall. Sechs Millionen Menschen werden jährlich verletzt, 35.000 finden sogar den Tod. In den meisten Fällen stehen Sie ohne private Vorsorge schutzlos da, denn die gesetzliche Unfallversicherung leistet nur bei Unfällen während der Arbeitszeit, im Kindergarten, in der Schule oder Universität. Hausfrauen oder Freiberufler haben keinerlei gesetzlichen Unfallversicherungsschutz. 70 Prozent aller Unfälle ereignen sich jedoch in der Freizeit, bei Kindern sogar 80 Prozent. Hier greift die gesetzliche Unfallversicherung in keinem Fall, sondern nur die private Vorsorge durch eine DEVK-Unfallversicherung.

Mit dem Abschluss einer privaten Unfallversicherung treffen Sie eine wichtige Vorsorgeentscheidung, weil nur sie dazu beiträgt, dass Sie bei einem schweren Invaliditätsfall Ihren bisherigen Lebensstandard beibehalten können. Sie leistet immer dann, wenn durch einen fremd- oder eigenverschuldeten Unfall eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit eingetreten ist und damit auf Dauer empfindliche Einkommenseinbußen drohen. Hiervon hängt nicht nur die eigene Sicherheit, sondern oftmals die Zukunft der ganzen Familie ab.

Der wertvolle private Unfallversicherungsschutz ist auch dann erforderlich, wenn bereits eine Kranken-, Haftpflicht- und Sozialversicherung besteht, da diese Versicherungsarten andere Leistungsziele verfolgen oder andere Gefahrenbereiche abdecken und eine finanzielle Absicherung des Lebensstandards nicht ausreichend gewährleisten können.

Wer kann eine private Unfallversicherung bei der DEVK abschließen?

Versichert werden – in dem jeweils für das Lebensalter gültigen Tarif – Personen ab der vollendeten Geburt. Da der Unfallversicherungsschutz im Alter besonders wichtig ist, führt die DEVK bestehende Unfallversicherungen unverändert fort. Ausnahme: Die „Erweiterte Kinder-Unfallversicherung mit Abschluss von Dauerschädigungen durch Krankheit – Junior Plus –“ kann erst ab dem vollendeten 1. Lebensjahr abgeschlossen werden und endet ohne Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Wer kann keine private Unfallversicherung bei der DEVK abschließen?

Nach § 3 der AUB sind Geisteskranke und dauernd pflegebedürftige Personen nicht versicherbar. **Geisteskrank** im versicherungsrechtlichen Sinne sind solche Personen, die aufgrund ihrer Erkrankung weitgehend vom öffentlichen Leben ausgeschlossen sind, die Verantwortung für sich selbst nicht mehr übernehmen können, sodass ein Betreuer bestellt ist oder einer ständigen Beaufsichtigung bedürfen. Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.

Aufgrund ihrer **beruflichen Tätigkeit** werden nicht versichert:

- Artisten, Akrobaten, Tierbändiger (Domppteure), Stuntmen, Testfahrer
- Profisportler (auch Rennfahrer, Rennreiter, Jockey), die durch den Sport ihren Lebensunterhalt bestreiten und ihn zeitmäßig wie einen Beruf ausüben
- Berufstaucher oder Tauchlehrer

Wer kann nur *eingeschränkt* versichert werden?

Personen, die an Vorerkrankungen/Behinderungen leiden, die Verschlimmerungen von Unfallfolgen befürchten lassen, können u. U. nur eingeschränkt versichert werden. Hierzu zählen insbesondere Personen mit:

- Diabetes
- Epilepsie und sonstige Anfallsleiden
- Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen
- Netzhauterkrankungen
- Schwerbehinderte und Pflegebedürftige, sowie Personen für die ein Betreuer bestellt ist
- Berufs-, Erwerbs- und dienstunfähige Personen

Eine spezielle Risikoprüfung aufgrund der beruflichen Tätigkeit ist erforderlich bei:

- Spezialeinheiten bei Polizei, Bundespolizei und Bundeswehr (z. B. SEK, MAK, KSK, GSG)
- Kampfmittelräumdienst, Sprengpersonal
- Offshorepersonal, Hochseefischer, Angehörige der Seeschifffahrt auf großer Fahrt
- Personenschützer, Leibwächter (Bodyguard), Geld- und Werttransportbegleiter
- Personen, die nur gelegentlich beruflich tauchen
- Berufs- und Privatflieger (Piloten), beruflich fliegendes Personal (z. B. Stewardessen)

Wo und wann schützt die private Unfallversicherung?

Weit über die gesetzliche Unfallversicherung hinaus gilt die DEVK-Unfallversicherung mit Vollschutzdeckung in der ganzen Welt und rund um die Uhr, also in allen üblichen Lebenslagen, z. B.:

- im Haus
- im Straßenverkehr
- bei der Arbeit und auf dem Weg von und nach dorthin
- in der Freizeit
- beim Sport, auch im Verein
- im Urlaub

Daneben können auch Ausschnittsdeckungen für bestimmte Lebensbereiche gewählt werden (z. B. Freizeit).

Was bietet die private Unfallversicherung?

Um die finanziellen Folgen von Unfällen aufzufangen oder zumindest abzumildern, können folgende **Leistungsarten** vereinbart werden. Hierbei muss entweder die Invaliditätsleistung oder, soweit der Tarif diese Möglichkeit vorsieht, die Unfallrente im Vertrag versichert werden.

Die nachstehenden Leistungsarten verschaffen Ihnen einen ersten Überblick. Sie sind weder ausführlich noch abschließend. Bestandteil sind u. a. die Versicherungsbedingungen.

- **Invaliditätsleistung**

Wenn als Folge eines Unfalls die körperliche und/oder die geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt wird (Invalidität), wird bei vollständiger Invalidität die volle, bei Teilinvalidität der dem Grad der Invalidität entsprechende Teil der Versicherungssumme als Kapital, gezahlt. Die Bemessung des Invaliditätsgrads richtet sich nach der „Gliedertaxe“ in § 7 I. (2) a) der AUB, sofern Körperfunktionen dort nicht aufgeführt sind, nach den Feststellungen in einem ärztlichen Gutachten.

Erweiterungen der Invaliditätsleistung

Um den bei hohen Invaliditätsgraden besonders großen Finanzbedarf abzusichern, bietet die DEVK ihren Versicherten Mehrleistungsmodelle alternativ zur Auswahl an z. B.:

- **Progressivstaffel 500 Prozent (BB 72 Progression 500 Prozent)**

Bei Invalidität über einem Grad von 25 Prozent ergibt sich eine im Vergleich zur normalen Invaliditätsleistung eine progressive Leistung. Die genauen Prozentsätze sind in der o. a. BB 72 abgedruckt. Die Mehrleistung aus der Progression 500 Prozent ist je Unfall auf 1 Mio. Euro für alle bei der DEVK bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

- **Mehrleistung ab 90 Prozent Invalidität (BB 10 Mehrleistung ab 90 Prozent)**

Bei einer Invalidität ab 90 Prozent erbringt die DEVK doppelte Leistung, also maximal 200 Prozent bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent. Die Mehrleistung ist je Unfall auf 200.000 Euro für alle bei der DEVK bestehenden Unfallversicherungen begrenzt.

Ab Vollendung des 65. Lebensjahres wird die Mehrleistung ab 90 Prozent nicht mehr gewährt!

Sonderformen der Invaliditätsleistung

Durch einzelvertragliche Vereinbarung können die Invaliditätsleistungen verbessert oder eingeschränkt werden:

- **Verbesserte Gliedertaxe (BB 16 verb. Gliedertaxe)**

Für bestimmte Körperteile gelten höhere Invaliditätsgrade als in der Gliedertaxe (§ 7 I. (2) a) AUB) vorgesehen.

- **Übergangsleistung**

Sie gewährt Schwerverletzten eine weitere Hilfe und wird fällig, wenn der Versicherte sechs Monate nach dem Unfall noch zu mehr als 50 Prozent in seiner normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit ununterbrochen beeinträchtigt ist.

- **Tagegeld**

Tritt durch einen Unfall Arbeitsunfähigkeit ein, wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung und entsprechend der Beeinträchtigung der vereinbarte Tagesgeldsatz – längstens für ein Jahr vom Unfalltag an – gezahlt.

- **Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld**

Ist nach einem Unfall eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus notwendig, wird für jeden Tag des Aufenthalts dort das vereinbarte Krankenhaustagegeld – längstens für zwei Jahre – gezahlt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die auch Krankenhaustagegeld geleistet wurde – längstens jedoch für 100 Tage – Genesungsgeld gezahlt.

- **Todesfalleistung**

Stirbt der Versicherte innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen, wird die vereinbarte Todesfalleistung fällig.

- **Kosmetische Operationen**

Werden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall kosmetische Operationen aufgrund dieses Unfalls erforderlich, werden die Arzt-, Heilmittel- und Krankenhauskosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme erstattet.

Zudem gewährt die DEVK entsprechend der hierfür vorgesehenen Besonderen Bedingungen folgende beitragsfreie Zusatzleistungen:

- **Bergungskosten**

Kosten für die Rettung von Unfallverletzten sowie Rückführungskosten werden bis zu einem Betrag von 20.000 Euro erstattet.

- **Kurkostenbeihilfe**

Bei einer innerhalb von drei Jahren aus ärztlicher Sicht unfallbedingten notwendigen Kur von mindestens drei Wochen gewähren wir eine Kurbeihilfe von bis zu 2.000 Euro.

- **Sofortleistung bei Schwerverletzungen**

Bei bestimmten schweren Verletzungen, die durch einen ärztlichen Bericht nachzuweisen sind, erbringen wir zusätzlich eine Sofortleistung in Höhe von 4.000 Euro.

Diese beitragsfreie Zusatzleistung wird nicht bei Vereinbarung der Unfallrente eingeschlossen.

- **Kosmetische OP**

Arzthonorare, sonstige Kosten der kosmetischen Operation, Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik (außer Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten) sind bis 10.000 Euro mitversichert.

- **Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten**

Bei Verlust oder Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen durch einen bedingungsgemäßen Unfall übernimmt die DEVK die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 Euro.

Was kann die Unfallversicherung nicht bieten?

Für außergewöhnliche Risiken, die nur bei einer Minderheit von Versicherten bestehen oder die nicht kalkulierbar sind, kann kein Versicherungsschutz geboten werden. Sie sind in § 2 AUB aufgeführt:

- Unfälle, infolge von Bewusstseinsstörungen (z. B. Trunkenheit)
- Vorsätzliche Selbstbeschädigung und Selbstmord
- Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht (z. B. Fahren ohne Fahrerlaubnis)
- Unfälle durch Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse oder bei aktiver Beteiligung an inneren Unruhen
- Unfälle als Berufs- oder Privatflieger sowie beim Luftsport
- Infektionen oder Vergiftungen

- Unfälle bei der aktiven Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen mit Motorfahrzeugen (Autos, Motorräder, Sportboote), bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt
- Unfälle durch Kernenergie

Einige dieser Risiken können durch besondere Vereinbarung und gegen Zuschlag in den Versicherungsschutz einbezogen bzw. versichert werden.

Was ist mit Freizeitaktivitäten und Sport?

Die private Unfallversicherung soll die Versicherten vor allen Unfällen des täglichen Lebens schützen. Außergewöhnliche Freizeitaktivitäten oder Sport stellen gegenüber der Versichertengemeinschaft eine über das durchschnittliche Maß hinausgehende Unfallgefährdung dar.

Die DEVK bietet u. U. im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss derartiger Risiken an. Hierfür sind spezielle Regelungen vorgesehen.

Beispiele:

- **Luftsport**

Der Luftsport, für den keine behördliche Erlaubnis erforderlich ist, ist grundsätzlich in der Unfallversicherung mitversichert.

Hierzu zählt z. B., wenn der Versicherte als Flugschüler den Luftsport erlernt, einen Tandemfallschirmsprung durchführt oder einen Rundflug in einem Fesselballon unternimmt.

Der Luftsport mit behördlicher Erlaubnis ist dagegen bedingungsgemäß ausgeschlossen.

Wir bieten jedoch im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss des Luftsportrisikos an.

- **Motorsport**

Die Teilnahme als Fahrer oder Beifahrer an Motorsportveranstaltungen (z. B. Auto, Motorrad, Boot, LKW, Quad, Go-Kart, Jet-Ski, E-Bike) und Übungsfahrten hierzu, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, ist bedingungsgemäß ausgeschlossen.

Des Weiteren besteht kein Versicherungsschutz für Personen als Teilnehmer im Rahmen des Motorsports, der außerhalb des normalen Straßenverkehrs ausgeübt wird. Hierzu zählen jegliche private sowie alle vereinsmäßigen Fahrten, einschließlich der dazu gehörenden Wettkämpfe, Trainings- und Übungsfahrten.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeuges.

Wir bieten jedoch u. U. im Rahmen einer Sondervereinbarung die Mitversicherung/ den Einschluss des Motorsports an.

- **Sport gegen Entgelt**

Unfälle beim Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Hierfür ist der Abschluss einer Unfallversicherung bei einem Spezialversicherer erforderlich, die über den Verein oder die Sportverbände vermittelt wird. Unter Entgelt fallen keine geringfügigen Aufwandsentschädigungen und Prämien, sondern solche Leistungen, die dem überwiegenden Lebensunterhalt dienen. Der Sport gegen Entgelt, der nicht dem Lebensunterhalt dient, kann ggf. mitversichert werden.

Um eine Mitversicherung prüfen zu können, benötigen wir Angaben über Art, Häufigkeit, Ort und Entgelt des ausgeübten Sports.

Wonach richtet sich der Beitrag?

Der Beitrag richtet sich nach dem Deckungsumfang des gewählten Tarifs. Bei Erwachsenen richtet sich der Beitrag nach der Gefährlichkeit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Dabei werden die Versicherten in die Gefahrengruppe A (normale Unfallgefährdung) oder Gefahrengruppe B (erhöhte Unfallgefährdung) eingestuft. Gefahrengruppe B sind z. B. Arbeiten

- als Bauhandwerker, Bauarbeiter, Monteure
- auf Baustellen, Gerüsten, Dächern, Masten und an Fassaden
- in Steinbrüchen, Bergwerken, Sägewerken und in der Holzverarbeitung
- im gewerblichen Güterverkehr und -umschlag (Straße, Schiene, Wasser, Luft)
- als Kundendiensttechniker und -monteure, Auslieferungsfahrer
- in der Land- und Forstwirtschaft, in der Tier- und Viehzucht und im -handel
- in der Tierschlachtung und -zerlegung sowie in der industriellen Fleischverarbeitung
- als Bedienstete im Truppendienst von Bundeswehr und Bundespolizei sowie im Einsatzdienst bei Polizei, Feuerwehr, Zoll
- als Sportlehrer/Trainer außer Tauchlehrer

Bitte teilen Sie der DEVK unverzüglich mit, wenn sich ihre berufliche Tätigkeit ändert, insbesondere wenn sie jetzt eine Tätigkeit mit erhöhter Unfallgefährdung ausüben!

Hinweis gemäß § 10a Absatz 2a Versicherungsaufsichtsgesetz:

In der Unfallversicherung werden von uns Tarife verwandt, die Prämien differenzieren nach der beruflichen Tätigkeit vorsehen. Die Differenzierung beruht auf den vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) ermittelten und auf deren Homepage www.gdv.de veröffentlichten statistischen Daten.

Wie werden private Unfallversicherungen steuerrechtlich behandelt?

Bei einer Vollschutzdeckung (24-Stunden-Schutz in Beruf und Freizeit) kann der auf das berufliche Risiko entfallende Beitragsteil als Werbungskosten, der übrige Beitragsanteil für die Freizeit als Sonderausgaben abgesetzt werden. Von der Finanzverwaltung wird dabei ein beruflicher Anteil bis zu 50 Prozent akzeptiert. Werden Unfallbeiträge als Werbungskosten geltend gemacht, besteht in einem Leistungsfall allerdings auch eine Steuerpflicht.

Weitergehende Auskünfte erteilen die Finanzbehörden oder Angehörige der steuerberatenden Berufe.

Welche Versicherungssummen werden im Allgemeinen benötigt?

Der Abschluss einer bedarfsgerechten Versicherungssumme ist für den Fall des Falles wichtig. Sollte durch einen Unfall Ihre Arbeitsfähigkeit nicht wiederhergestellt werden können, sind Sie auf Nebeneinkünfte angewiesen. Es ist sinnvoll, eine Versicherungssumme von mindestens 100.000 Euro zu vereinbaren. Sie legen die dann zu erwartende Maximalentschädigung von 500.000 Euro (Progression 500 Prozent) verzinslich an und können mit den monatlichen Zinsen Ihren Lebensunterhalt sichern. Wird darüber hinaus ein Teil des Gelds für Umbaumaßnahmen am Haus oder die Anschaffung eines behindertengerechten Pkw benötigt, vermindern sich die Zinserträge entsprechend. Wir empfehlen Ihnen daher, ausgehend vom Nettoeinkommen, die Vereinbarung nachstehender Mindestversicherungssummen für den Invaliditätsfall:

Monatliches Nettoeinkommen	Benötigte Invaliditäts-Grundsumme	Leistung bei Vollinvalidität mit Progression 500 %
1.000 €	75.000 €	375.000 €
1.500 €	100.000 €	500.000 €
2.000 €	125.000 €	625.000 €
2.500 €	150.000 €	750.000 €
3.000 €	175.000 €	825.000 €

Bei Kindern, die das Leben noch vor sich haben, ist eine Grundsumme von zumindest 100.000 Euro erforderlich, sodass bei Vollinvalidität 500.000 Euro geleistet würden. Da die Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vollkommen unzureichend sind, ist es wichtig eine Kinder-Unfallversicherung abzuschließen. Denn, beträgt der Grad der Behinderung (GdB) weniger als 20 Prozent, erbringt die GUV keine Leistung. Abgesichert ist das Kind außerdem nur in der Schule oder im Kindergarten, sowie auf dem Weg hin und zurück. Ebenso ist bei der Absicherung von Hausfrauen daran zu denken, dass sie im Allgemeinen überhaupt keine Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung zu erwarten haben.

Wer erhält die Leistungen aus der Unfallversicherung?

Leistungsempfänger ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer.

Wer erhält die Todesfallleistung beim Tod des Versicherungsnehmers?

Wenn durch den Antrag nichts anderes bestimmt wird, gilt beim unfallbedingten Tod des Versicherungsnehmers, der gleichzeitig auch versicherte Person gewesen ist, folgendes Bezugsrecht:

1. Der überlebende Ehegatte des Versicherungsnehmers (versicherte Person), mit dem er zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war.
2. Die ehelichen und ihnen gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen.
3. Die Eltern des Versicherungsnehmers zu gleichen Teilen.
4. Die Erben der Versicherungsnehmers zu gleichen Teilen.

Bitte beachten Sie folgende Hinweise zum Versicherungsschutz Ihrer Unfallversicherung:

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Die Leistungsvoraussetzungen entnehmen Sie bitte § 7 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) sowie den Besonderen Bedingungen und Zusatzbedingungen.

Auf folgende Leistungsvoraussetzungen und Fristen machen wir Sie besonders aufmerksam:

1. Invaliditätsleistung (§ 7 I. AUB)

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist (Invalidität) und die Invalidität

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten, innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- innerhalb von 15 Monaten von Ihnen geltend gemacht worden ist, auch wenn Sie uns den Unfall zuvor bereits gemeldet haben.

Wird die Frist für die ärztliche Feststellung der Invalidität versäumt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Invalidität, kann dies ebenfalls zum Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistung führen.

2. Übergangsleistung (§ 7 II. AUB)

Ein Anspruch auf Übergangsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt ist und
- die Beeinträchtigung innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden hat.
- Die Beeinträchtigung muss spätestens **sieben Monate** nach dem Unfall unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend gemacht werden. Das gilt unabhängig davon, ob Sie uns den Unfall selbst bereits zuvor gemeldet haben.

Versäumen Sie die Frist für die Geltendmachung der Beeinträchtigung, kann dies zum Verlust des Anspruchs auf Übergangsleistung führen.

3. Leistungen außerhalb der AUB

Mitversichert gelten nachstehend genannte beitragsfreie Zusatzleistungen entsprechend der aufgeführten Zusatzbedingungen:

- 01 Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten)
- 02 Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden
- 03 Einschluss von Vergiftungen
- 05 Kosten einer Druckkammerbehandlung
- 06 Todesfallleistung bei Verschollenheit
- 07 Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen
- 08 Zusatzbedingungen für Kurkostenbeihilfe (ZB Kur)
- 09 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (BB KosmOP)
- 13 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
- 62 Tauchtypischer Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen
- 73 Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung)
- 84 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

Haben Sie mit uns Leistungen nach den oben genannten Besonderen Bedingungen vereinbart oder sind sie Bestandteil des Versicherungsvertrags, bitten wir Sie, die Anspruchsvoraussetzungen und die einzuhaltenden Fristen den oben genannten Bestimmungen zu entnehmen.

Wichtige Fristen, die Sie beachten müssen

– für die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (§ 7):

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder nach der erstmaligen ärztlichen Feststellung der Krankheit eingetreten und spätestens innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

Neubemessung der Invalidität:

Sobald der Versicherer sich erklärt hat, ob und in welcher Höhe er einen Invaliditätsanspruch annimmt, sind Sie berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen. In der Kinder-Unfallversicherung verlängert sich diese Frist auf fünf Jahre, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus. Dieses Recht muss vom Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats, ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden (§ 11 IV. AUB).

Die gesetzliche Vorschrift lautet:

§ 188 Versicherungsvertragsgesetz Neubemessung der Invalidität

- (1) Sind Leistungen für den Fall der Invalidität vereinbart, ist jede Vertragspartei berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, neu bemessen zu lassen. In der Kinder-Unfallversicherung kann die Frist, innerhalb derer eine Neubemessung verlangt werden kann, verlängert werden.
- (2) Mit der Erklärung des Versicherers über die Leistungspflicht ist der Versicherungsnehmer über sein Recht zu unterrichten, den Grad der Invalidität neu bemessen zu lassen. Unterbleibt diese Unterrichtung, kann sich der Versicherer auf eine Verspätung des Verlangens des Versicherungsnehmers, den Grad der Invalidität neu zu bemessen, nicht berufen.

Hinweise zu Gruppenversicherungsverträgen

- Eine Aufrechnung gegenüber einer versicherten Person gegen eine Forderung, die aus dem Versicherungsvertrag gegenüber dem Versicherungsnehmer besteht, wird durch die DEVK nicht erfolgen.
- Die DEVK wird dem Versicherungsnehmer die notwendigen Verbraucherinformationen, Versicherungsbedingungen und Datenschutzhinweise zur Verfügung stellen. Mit dem Versicherungsnehmer ist vereinbart, dass er diese den versicherten Personen auf Wunsch zur Verfügung stellt.

Dies gilt auch, wenn die Teilnahme am Gruppenvertrag durch eine entsprechende Beitrittserklärung erfolgt. Für die Übermittlung der oben aufgeführten Informationen ist es ausreichend, wenn diese Informationen für die versicherte Person an geeigneter Stelle abrufbar sind (z. B. auf der Internetseite des Versicherungsnehmers) und die versicherte Person durch den Versicherungsnehmer entsprechend informiert wird.

- Sollte sich während der Vertragslaufzeit der Versicherungsschutz ändern, so informiert der Versicherungsnehmer die versicherten Personen über Art und Umfang der Änderungen. Dies gilt auch, wenn die Teilnahme am Gruppenvertrag durch eine entsprechende Beitrittserklärung erfolgt.
- Mit dem Versicherungsnehmer ist vereinbart, dass im Versicherungsfall die versicherte Person einen Direktanspruch gegenüber der DEVK hat, sofern dies im Gruppenversicherungsvertrag so vereinbart wurde.
- Sollte der Gruppenversicherungsvertrag durch die DEVK oder durch den Versicherungsnehmer entweder durch Kündigung oder in anderer Art und Weise beendet werden, wird der Versicherungsnehmer die versicherten Personen über die Beendigung des Gruppenvertrages informieren.
- Sofern die DEVK entsprechende Einzelversicherungstarife anbietet, wird die DEVK prüfen, ob und inwieweit den versicherten Personen eine Fortsetzungsmöglichkeit in Form der Einzelversicherung angeboten werden kann.
- Sofern der Beitritt der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag durch Abgabe einer eigenen Erklärung erfolgt, wird der versicherten Person die Möglichkeit eingeräumt, die Beitrittserklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer in Textform zurückzunehmen. Über dieses Recht sollten die versicherten Personen anlässlich der Abgabe der Beitrittserklärung informiert werden.
- Die Frist für die Rücknahme der Beitrittserklärung sollte nicht vor dem Zeitpunkt beginnen, zu dem den versicherten Personen die o. g. Informationen sowie die Informationen über die Rücknahmemöglichkeit der Beitrittserklärung zugegangen sind. Die Frist sollte mindestens der Widerrufsfrist (= 60 Tage) entsprechen, die dem Versicherungsnehmer eingeräumt worden ist, wobei die rechtzeitige Absendung genügen sollte.

Der Gruppenversicherungsvertrag kann in einzelnen Punkten von den o. g. Grundsätzen abweichen. Maßgebend ist der konkrete Gruppenversicherungsvertrag, den die DEVK mit dem Versicherungsnehmer abgeschlossen hat.

B. – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung für Gewerberisiken und Vereine (AUB 2014 Fassung DEVK Stand 01.11.2016)

§ 1	Der Versicherungsfall
§ 2	Ausschlüsse
§ 3	Nicht versicherbare Personen
§ 3a	Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
§ 4	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/vertragliche Gestaltungsrechte
§ 5	Beiträge, Fälligkeit und Verzug
§ 6	Anzeigepflicht bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst
§ 7	Die Leistungsarten/Fristen
§ 8	Einschränkung der Leistungen
§ 9	Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11	Fälligkeit der Leistungen
§ 12	Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
§ 13	Anzeigen und Willenserklärungen
§ 14	gestrichen
§ 15	Verjährung
§ 16	Beitragsanpassung
§ 17	Gerichtsstände und anzuwendendes Recht
§ 18	Schlussbestimmung

§ 1

Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.
Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz gilt in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- V. Als Unfall gelten auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

§ 2

Ausschlüsse

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- I.
 - (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind;
Unfälle durch Aufruhr, innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - (4) Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 - (5) Unfälle des Versicherten bei der Ausübung von Sport gegen Entgelt, wenn dieser zeitmäßig wie ein Beruf ausgeübt wird und dem überwiegenden Lebensunterhalt dient.
 - (6) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

(7) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II. (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

(2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

(3) Infektionen

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Infektionen durch Insektenstiche oder -bisse bleiben ausgeschlossen.

Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.

(4) Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse.

(5) Vergiftungen durch den Konsum von Alkohol, Drogen, anderer such- oder rauscherzeugender Stoffe, sowie der Gebrauch von nicht ärztlich verordneten Medikamenten. Dieser Ausschluss gilt nicht für Versicherte, die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Vergiftungen durch Lebensmittel sind in jedem Fall ausgeschlossen.

III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

(2) Schädigungen an Bandscheiben, sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig wodurch diese verursacht sind.

§ 3

Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind

- dauernd pflegebedürftige Personen (Pflegegrad 4 und 5) sowie
- Geisteskranke.

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem Maße der Hilfe bedürfen.

Eine Geisteskrankheit ist im medizinischen Sinne eine Erkrankung, die auf einer krankhaften Störung des Geistes bzw. der Psyche beruht. Hierzu zählen u. a. Psychosen wie die Schizophrenie oder ein „Manisch-Depressiv-Sein“.

Zu einer Versicherungsunfähigkeit führt eine solche Erkrankung jedoch nur dann, wenn sie den Versicherten

- außerstande setzt, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, sodass ein Betreuer bestellt wird,
- weitgehend von der Teilnahme am öffentlichen Leben ausschließt oder
- unfähig macht, alleine zu leben und eine dauernde Überwachung und/oder eine Heim-/Anstaltsunterbringung erforderlich wird.

§ 3a

Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

I. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

II. (1) Voraussetzungen des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

(2) Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

(3) Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Ver-

sicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III. Kündigung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

IV. Rückwirkende Vertragsanpassung

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen.

V. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

VI. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 4

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/vertragliche Gestaltungsrechte

I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nach § 5 rechtzeitig zahlt, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

(1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; andernfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr.

(2) zum Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahre vereinbart wurde.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein.

(3) wenn von dem Versicherer aufgrund eines Versicherungsfalls eine Zahlung geleistet wurde oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat oder der Versicherungsanspruch rechtshängig geworden ist.

Das Recht zur Kündigung, die seitens des Versicherers mit einer Frist von einem Monat, seitens des Versicherungsnehmers mit sofortiger Wirkung oder zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode zu erfolgen hat, erlischt, wenn es nicht spätestens einen Monat, nachdem die Zahlung geleistet, die Leistung abgelehnt oder der Rechtsstreit durch Klagerücknahme, Anerkenntnis oder Vergleich beigelegt wurde oder das Urteil rechtskräftig geworden ist, ausgeübt wird.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung,

wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft,

sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5

Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I. Erstbeitrag

(1) Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – sofort nach Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn, fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung, sowie nach Ablauf der im Versicherungsantrag genannten Widerrufsfrist von 14 Tagen unverzüglich erfolgt.

- (2) Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags. Die nach dieser Vereinbarung zunächst nicht fälligen Teile des Beitrags sind gestundet. Gerät der Versicherungsnehmer mit einer Rate in Verzug, ist die Stundung aufgehoben.
- (3) Ist monatliche Zahlungsweise des Gesamtbeitrags (Jahresbeitrags) vereinbart, wird bei der Ratenzahlung ausgehend vom Gesamtbeitrag die Monatsrate ermittelt und auf volle 0,10 Euro aufgerundet. Ist jährliche Zahlungsweise vereinbart, können die Jahresbeiträge auf volle 0,10 Euro aufgerundet werden.
- (4) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- (5) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

II. Folgebeitrag

- (1) Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- (2) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach (4) und (5) mit dem Fristablauf verbunden sind.
- (4) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach (3) darauf hingewiesen wurde.
- (5) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung kann mit der Zahlungsaufforderung nach (3) dergestalt erklärt werden, dass sie mit Ablauf der Zahlungsfrist wirksam wird. Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats nach Fristablauf den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

III. Rechtzeitigkeit der Zahlung im Lastschriftverfahren

- (1) Ist der Einzug des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einem berechtigten Einzug nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer es zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann oder widerspricht er einem berechtigten Einzug, ist der Versicherer berechtigt, künftig die Beitragszahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

IV. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrags werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrags sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät.

V. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Bei vollständigem oder teilweise Wegfall versicherter Risiken gilt:
Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

VI. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6

Anzeigepflicht bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen.

Die Ableistung des freiwilligen Wehr- oder Bundesfreiwilligendienstes, sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an, nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.
- (3) a) Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Das Kündigungsrecht erlischt,

- wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder
 - wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. Der Versicherer ist zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht nicht auf Vorsatz beruht.

Beruht die Verletzung der Anzeigepflicht auf grober Fahrlässigkeit kann der Versicherer den Umfang des Versicherungsschutzes in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist, oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 7

Die Leistungsarten/Fristen

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

I. Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, entsteht Anspruch auf einen Kapitalbetrag aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und spätestens innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.

- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

- a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent
Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent
Geschmackssinn	5 Prozent

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung (sofern vereinbart)

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalls ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld (sofern vereinbart)

- 1) Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.

- (2) Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Unfallkrankhaustagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Unfallkrankhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

- (2) Unfallkrankhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

- (3) Wird infolge eines versicherten Unfalls zur Vermeidung einer stationären Behandlung eine ambulante Operation beim Versicherten vorgenommen, erhält dieser das vereinbarte Unfallkrankhaustagegeld für die Dauer von fünf Tagen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach V. besteht in diesem Fall nicht.

V. Genesungsgeld (sofern vereinbart)

- (1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Unfallkrankhaustagegeld geleistet wird, längstens für 100 Tage, und zwar

für den 1. bis 10. Tag	100 Prozent
für den 11. bis 20. Tag	50 Prozent
für den 21. bis 100. Tag	25 Prozent

des Unfallkrankhaustagegelds.

- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod, entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Werden beide bei der DEVK unfallversicherten Elternteile durch ein versichertes Unfallereignis tödlich verletzt und hat mindestens ein erb- oder bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, verdoppelt sich die Todesfalleistung der Eltern, höchstens jedoch auf insgesamt 40.000 Euro. Bestehen bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII. verwiesen.

VII. Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, so werden für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für die Dauer von 10 Wochen, wöchentlich 50 Euro gezahlt.

§ 8

Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt.

§ 9

Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten.

Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

- III. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

- IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufschlags trägt der Versicherer.

- V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind von der Schweigepflicht im Rahmen von § 213 Versicherungsvertragsgesetz zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.
- VII. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch, per Fax oder per E-Mail erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.
- II. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach I. zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 11

Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer

bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,

bei Unfallrente bis zu 10 Prozent der versicherten Summe

bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,

bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,

bei Unfallkrankenhaustagegeld bis zu einem Unfallkrankenhaustagegeldsatz.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 12

Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13

Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- II. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.
- III. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach II. entsprechende Anwendung.

§ 15

Verjährung

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 16

Beitragsanpassung

- I. Der Versicherer ist berechtigt, den Beitrag bzw. den Beitragssatz für gleichartige Risiken der Kostenentwicklung und dem Schadenbedarf anzupassen. Dabei hat er die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik anzuwenden. Die Anpassung des Beitrags bzw. des Beitragssatzes gilt mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge, wenn sie von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

Der neukalkulierte Beitrag bzw. Beitragssatz darf nicht höher sein als die Beiträge des Tarifs für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und vergleichbarem Deckungsumfang. Sie werden mit Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, ist der Versicherer verpflichtet, den Beitrag für bestehende Verträge mit gleichen Tarifierungsmerkmalen und gleichem Deckungsumfang ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrags zu senken.

- II. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Beitragserhöhung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

§ 17

Gerichtsstände und anzuwendendes Recht

- I. Klagen gegen den Versicherer
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- II. Klagen gegen den Versicherungsnehmer
Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.
- III. Unbekannter Wohnsitz des Versicherungsnehmers
Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- IV. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 18

Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

C. – Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen zu den AUB 2014 Fassung DEVK Stand 01.11.2016 für Gewerberisiken und Vereine

C.1 Mitversichert gelten nachstehend genannte beitragsfreie Zusatzleistungen entsprechend der aufgeführten Zusatzbedingungen:

- 01 Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten)
- 02 Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden
- 03 Einschluss von Vergiftungen
- 05 Kosten einer Druckkammerbehandlung
- 06 Todesfalleistung bei Verschollenheit
- 07 Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen
- 08 Zusatzbedingungen für Kurkostenbeihilfe (ZB Kur)
- 09 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (BB KosmOP)
- 13 Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
- 62 Tauchtypischer Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen
- 73 Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung)
- 84 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten
- 90 Besondere Bedingungen für die Gruppenversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB90 Direktanspruch 2010)

C.2 Für Vereinsrisiken gilt zusätzlich

- 14 Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Vereinen, Freiwilligen Feuerwehren, Freiwilligen Sanitätskolonnen
- 64 Figuranten – **sofern vereinbart**

C.3 Sofern gesondert vereinbart gelten nachstehende Besondere Bedingungen

- 04 Spezial-Jagdunfallversicherung
- 10 Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent (BB Mehrleistung ab 90 Prozent)
- 15 Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Beamten, Angestellten, Beauftragten und anderen Organen im Rahmen ihrer besonderen Tätigkeit
- 16 Besondere Bedingungen für die verbesserte Bemessung des Invaliditätsgrades (BB verb. Gliedertaxe)
- 18 Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung (BB Röntgen)
- 20 Strahlen-Unfallversicherung von Personen, die beruflich mit strahlenerzeugenden Stoffen oder Geräten in Berührung kommen
- 22 Sportboot-Insassen-Unfallversicherung
- 23 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung
- 24 Besondere Bedingungen für die Firmengäste-Unfallversicherung
- 25 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung zugunsten der Reiter von Miet- und Leihpferden
- 27 Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung beim Tod des Versicherungsnehmers
- 28 Besondere Bedingung für den Einschluss von Bewusstseinsstörungen in die Unfallversicherung
- 63 Besondere Bedingungen über den Ausschluss von Unfällen im Zusammenhang mit dem Umgang mit leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen
- 72 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 500 Prozent)
- 81 Besondere Bedingungen für die Berufsunfallversicherung (BB Berufsschutz)

C.1 Mitversichert gelten nachstehend genannte beitragsfreie Zusatzleistungen entsprechend der aufgeführten Zusatzbedingungen:

01. Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten)

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrags die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten vom Unfallort in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar wäre,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1.a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Ersatzanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

02. Einschluss von Infektionskrankheiten und Impfschäden

1. Abweichend von § 1 III. und § 2 II. (3) AUB gilt auch die erstmalige Infizierung mit einem Erreger der Infektionen
Borreliose, Brucellose, Cholera, Dreitagefieber, Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Lepra, Malaria, Pest, Pocken, Schlaf-(Tsetse)-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus
als ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis).
Mitversichert ist auch die erstmalige Infektion durch einen der vorgenannten Erreger trotz vorheriger Schutzimpfung.
2. Abweichend von § 2 II. (2) AUB gelten Schutzimpfungen als erstmalige Infektion, soweit gegen die unter 1. genannten Infektionen geimpft wird und die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
3. Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz für den Einschluss von Infektionskrankheiten nach a) und b) nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat. Die Wartezeit beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, besteht keine Leistungspflicht.

Der Zusammenhang zwischen der erstmaligen Infektion durch die unter 1. genannten Erreger und einer Invalidität ist durch einen ärztlichen Bericht, der sich objektiv am Stand medizinischer Erkenntnisse orientiert und entsprechende Laborbefunde enthält, nachzuweisen

03. Einschluss von Vergiftungen

In Abänderung von § 1 V AUB sind mitversichert:

- Vergiftungen als Folge von bestimmungswidrig ausströmenden Giften, Dämpfen, Gasen, Dünste, Staubwolken und/oder Säuren, auch wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.
- Vergiftungen durch Insektenstiche oder -bisse (auch allergische Reaktionen).
Ausgeschlossen bleiben durch Insektenstiche übertragene Infektionskrankheiten, soweit sie nicht in Ziffer 02 genannt sind.
- Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Ausgeschlossen sind Alkoholvergiftungen.

05. Kosten einer Druckkammerbehandlung

1. Bei einer unfallbedingten tauchtypischen Gesundheitsschädigung (Caissonkrankheit Typ I und II oder Barotrauma) und einer daraus resultierenden notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Dies gilt auch dann, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren fahrlässig missachtet wurden.
2. Die Kostenübernahme erfolgt bis zu einer Höhe von maximal 10.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zu o. g. Höhe erstattet.
3. Bestehen für den Versicherten bei der DEVK mehrere Unfallversicherungen, können Kosten einer Druckkammerbehandlung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

06. Todesfalleistung bei Verschollenheit (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist)

Ergänzend zu Ziffer § 7 VI. AUB gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

07. Unfälle infolge Rettung von Menschen, Tieren und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleidet, gelten als Unfall nach § 1 III. AUB.

08. Zusatzbedingungen für Kurkostenbeihilfe (ZB Kur)

§ 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB eine Beihilfe bis zu dem im Versicherungsschein festgelegten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB.
- b) Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- c) Ein Anspruch auf Unfallkrankhaustagegeld/Genesungsgeld (§ 7 IV. und V.) besteht nicht, wenn die in a) + b) geregelte Beihilfe gezahlt wird.
- d) Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, kann eine mitversicherte Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

09. Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (BB KosmOP)

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - a) Arzthonorare
 - b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation
 - c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik
 - d) Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt,deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.
2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

13. Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1

Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopffzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2

Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab-, und an deren Stelle tretende, anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind, wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrags als versichert.

- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3

Vertragsdauer (Zusatz zu § 4 AUB)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
- wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet
 - wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist
 - wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (§ 11 AUB) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, besteht der Versicherungsschutz weiter.

Zusätzlich gilt:

- Soweit die Tarife Gruppennachlässe vorsehen, wird ein durch Erhöhung der Versichertenzahl sich ergebender höherer Nachlass für die neu hinzutretenden Personen sofort, für die schon versicherten Personen vom nächsten Beitragsfälligkeitstermin an, gewährt. Ein durch Verminderung der Versichertenzahl sich ergebender niedrigerer Nachlass kommt vom nächsten Beitragsfälligkeitstermin an in Betracht. § 1 (4) der Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung gilt entsprechend ergänzt.
- § 2 (1) Satz 2 der Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung gilt in der Weise abgeändert, dass der Versicherungsschutz mit Eingang der Anmeldung beim Versicherer beginnt.
- Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz.

62. Tauchtypischer Gesundheitsschäden, Ertrinken, Ersticken, Flüssigkeits-, Nahrungs-, Sauerstoffentzug, Erfrierungen

Ergänzend zu § 1 III. AUB besteht Versicherungsschutz für

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen,
- den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser (sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist),
- Gesundheitsschäden durch unfreiwillig erlittenen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug,
- Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

73. Sofortleistung bei Schwerverletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung)

- In Ergänzung zu § 7 der AUB erbringt der Versicherer nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen:
 - Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
 - Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung
 - Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten. Lange Röhrenknochen sind die Unterarm-, Oberarm-, Unterschenkel- und Oberschenkelknochen.
(Beispiel: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)
 - oder
 - Bruch beider Fersenbeine
 - oder
 - gewebezerstörenden Schäden an zwei inneren Organen
 - oder
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
Bruch eines langen Röhrenknochens,
Bruch des Beckens,
Bruch der Wirbelsäule,
Bruch eines Fersenbeins,
gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,
 - Erbblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
- (1) Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach 1.) ist durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet § 8 AUB entsprechende Anwendung.
(2) Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.
- Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

4. Diese Besonderen Bedingungen finden für die Leistungsart Unfall-Rente keine Anwendung.

84. Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungskosten

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten (ausgenommen Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten) für
 - a) Arzthonorare, sofern diese nicht für Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten nach 2. entstanden sind
 - b) sonstige Kosten der kosmetischen Operation
 - c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

Im Rahmen von 1. a) bis c) sind die dort genannten Honorare und Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro versichert.

2. Werden durch einen bedingungsgemäßen Unfall natürliche Schneide- oder Eckzähne beschädigt oder gehen sie verloren, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einem Höchstbetrag von 2.500 Euro.
3. Die Operation und die Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
5. Bestehen für den Versicherten bei den DEVK-Unternehmen mehrere Unfallversicherungen, können beitragsfrei mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen gemäß 1. und 2. nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

90. Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB90 Direktanspruch 2010)

Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt folgendes:

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.
2. Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

C.2 Für Vereinsrisiken gilt zusätzlich

14. Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Vereinen, Freiwilligen Feuerwehren, Freiwilligen Sanitätskolonnen

Vereine ohne Sportbetriebe

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder des Vereins während der Vereinsübungsstunden, -proben und -aufführungen sowie bei Vereinsversammlungen und ferner bei Festlichkeiten und Festzügen, an denen sie im Auftrag des Vereins teilnehmen und die dem Zweck des Vereins entsprechen, betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von örtlich durchgeführten Veranstaltungen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Veranstaltungen, die im Auftrag des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Wegs verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Sportvereine

Aktive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen nur die Unfälle, von denen die Mitglieder bei vom Verein oder von seinen berechtigten Organen veranstalteten oder angeordneten und beaufsichtigten Veranstaltungen betroffen werden, Unfälle anlässlich von Übungen in anderen als der genannten Sportart sind mitversichert, wenn sie als Vorbereitung für die Ausübung der genannten Sportart zweckdienlich und vom Verein oder von seinen dazu berechtigten Organen ausdrücklich angeordnet und beaufsichtigt sind.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von örtlich durchgeführten Übungen oder Wettkämpfen und während der gemeinsamen Fahrten zu auswärtigen Sportveranstaltungen, die im Auftrag des Vereins unternommen werden, sind eingeschlossen, ausgenommen Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Wegs verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Passive Mitglieder:

Die Versicherung umfasst nur Unfälle, von denen die Mitglieder bei Vereinsversammlungen, Festlichkeiten und Festzüge, an denen sie im Auftrag des Vereins teilnehmen und die dem Zweck des Vereins entsprechen, betroffen werden. Unfälle bei der Ausübung jeglichen Sports sind ausgeschlossen.

Freiwillige Feuerwehren

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder der Feuerwehr in Ausübung ihrer gesamten Diensttätigkeit, bei Feuer- und Wassernot, bei Wachen, Übungen und Hilfeleistungen bei Unglücksfällen, bei Reisen zu Feuerwehrversammlungen und ähnlichen Gelegenheiten, überhaupt in allen Fällen betroffen werden, in welchen die Feuerwehr nach allgemeinen oder jeweiligem besonderen Auftrag der zuständigen Stelle in Tätigkeit tritt.

Unfälle von Mitgliedern bei unaufgeforderter Hilfeleistung, sofern es sich um solche Hilfeleistung handelt, die sich im Rahmen der Tätigkeit eines Feuerwehrmanns bewegen, sind in die Versicherung eingeschlossen.

Eingeschlossen sind auch Unfälle auf den direkten Wegen zu und von der Dienststätte. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Wegs verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Körperbeschädigungen, die nachweisbar als Folge von Rauchentwicklung bei Gelegenheit eines bestimmten Brandfalls entstehen, werden als Unfälle betrachtet.

Polizei- und Flurschutzdienst fallen nicht unter die Versicherung.

Personen, die der Feuerwehr nicht angehören, sich anlässlich von Bränden an den Löscharbeiten beteiligen, können gegen einen 25-prozentigen Risikozuschlag zu dem gesamten Gruppenversicherungsbeitrag mitversichert werden.

Freiwillige Sanitätskolonnen

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die Mitglieder der Sanitätskolonne sowohl im Dienst der Sanitätskolonne als auch im allgemeinen Sanitäts- und Rettungsdienst betroffen werden. Unfälle bei Ausübung des Sanitätsdienstes gelegentlicher innerer Unruhen, gelten in die Versicherung eingeschlossen, sofern eine aktive Beteiligung an den Unruhen nicht vorliegt.

Die Versicherung erstreckt sich auch auf Unfälle auf dem direkten Weg von der Wohnung zur Dienststätte und zurück. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Wegs verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

Für Ziff. 14 gilt zusätzlich bei besonderer Beantragung vereinbart:

Erweiterung des Versicherungsumfangs auf private Unfälle während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen

Versicherungsumfang

Während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen umfasst der Versicherungsschutz auch Unfälle privater Natur. Unfälle auf der Hin- und Rückreise zum und vom Ort der Veranstaltung sind mitversichert.

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung verlässt, jedoch nicht früher als 24 Stunden vor Beginn der auswärtigen Veranstaltung. Der Versicherungsschutz endet mit der Rückkehr in die Wohnung, spätestens jedoch 24 Stunden nach Beendigung der Veranstaltung.

64. Figuranten

1. Nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle aus der Tätigkeit als Figurant.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Figurant den allgemein üblichen Schutzanzug trägt, mindestens jedoch einen Schutzärmel.

2. Bei Mitversicherung von Tagegeld gilt abweichend von § 7 III (2) AUB Das Tagegeld wird längstens für 180 Tage, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

C.3 Sofern gesondert vereinbart gelten nachstehende Besondere Bedingungen

04. Spezialjagdunfallversicherung

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB), jedoch abweichend von § 1 II. AUB, Unfälle während der Ausübung jeder berechtigten jagdlichen Tätigkeit innerhalb der Bundesrepublik Deutschland und den sich dabei ergebenden Grenzüberschreitungen.

Eingeschlossen sind Unfälle

- a) bei Ausübung des Jagdschutzes, Abrichten und Führen von bis zu drei Hunden und bei allen Maßnahmen, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Pflege des Jagdreviers stehen, z. B. Anlegen von Hochsitzen, Pirschgängen, Fütterungen usw.
- b) bei der anerkannten Ausbildung zum Erwerb des Jagdscheins (Jungjägerausbildung)
- c) bei Teilnahme an den von der Jagdbehörde und den Landesjagdverbänden bzw. deren Gliederungen veranstalteten Übungs- und Preisschießen und bei Teilnahme an anerkannten Jagdhundeprüfungen
- d) auf dem direkten Wege zum und vom Jagdrevier und den vorerwähnten Schießübungen und Prüfungen
- e) beim Reinigen von Jagdwaffen. Voraussetzung ist, dass die üblichen Vorsichtsmaßnahmen dabei beachtet werden.

10. Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent (BB Mehrleistung ab 90 Prozent)

§ 7 I. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AUB) nach den Bemessungsgrundsätzen des § 7 I (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei den DEVK-Unternehmen weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Die Mehrleistung berechnet sich nur aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

15. Deckungsumfang für die Gruppen-Unfallversicherung von Beamten, Angestellten, Beauftragten und anderen Organen im Rahmen ihrer besonderen Tätigkeit

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen

neben- oder ehrenamtlichen Organe bei Ausübung ihrer neben- oder ehrenamtlichen Tätigkeit,

bei der Kirchengemeinde angestellte Personen oder ihre ordnungsgemäß bestellten Stellvertreter in Ausübung ihres nebenamtlichen Dienstes,

Personen in Ausübung ihrer ehrenamtlichen oder nebenamtlichen Tätigkeit für den Versicherungsnehmer,

Prüflinge während der theoretischen und praktischen Prüfung

betroffen werden.

Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen, ausgenommen bei Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Wegs verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Gaststätten zu Privat Zwecken) unterbrochen wird.

Für Ziff. 15 gilt zusätzlich bei besonderer Beantragung vereinbart:

Erweiterung des Versicherungsumfangs auf private Unfälle während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen

Versicherungsumfang

Während der Dauer auswärtiger Veranstaltungen umfasst der Versicherungsschutz auch Unfälle privater Natur. Unfälle auf der Hin- und Rückreise zum und vom Ort der Veranstaltung sind mitversichert.

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils, sobald der Versicherte zum Zwecke des Antritts der Reise seine Wohnung verlässt, jedoch nicht früher als 24 Stunden vor Beginn der auswärtigen Veranstaltung. Der Versicherungsschutz endet mit der Rückkehr in die Wohnung, spätestens jedoch 24 Stunden nach Beendigung der Veranstaltung.

16. Besondere Bedingungen für die verbesserte Bemessung des Invaliditätsgrads (BB verb. Gliedertaxe)

In Abänderung von § 7 I.(2) a) und b) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

- | | | |
|----|---------------------------------|-------------|
| a) | eines Armes oder einer Hand | 100 Prozent |
| | eines Daumens oder Zeigefingers | 60 Prozent |
| | eines anderen Fingers | 20 Prozent |
| b) | eines Beins oder Fußes | 70 Prozent |
| | einer großen Zehe | 8 Prozent |
| | einer anderen Zehe | 3 Prozent |
| c) | eines Auges | 80 Prozent |
| | des Gehörs auf beiden Ohren | 70 Prozent |

18. Besondere Bedingung für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung (BB Röntgen)

Die Bestimmung des § 2 II. (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird mit der Maßgabe geändert, dass Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen versichert sind, die sich als Unfälle im Sinne des § 1 III. AUB darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Röntgen- und Laserschäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- und Laserapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

20. Strahlen-Unfallversicherung von Personen, die beruflich mit strahlenerzeugenden Stoffen oder Geräten in Berührung kommen

Der Versicherung liegen die beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sowie bei Gruppenversicherungen auch die beigefügten Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit folgenden Änderungen und Ergänzungen zugrunde:

§ 1

Abweichend von § 1 I. und § 2 II. (1) der AUB gelten folgende Bestimmungen:

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf Strahlenunfälle.
- (2) Unter Strahlen im Sinne dieser Bedingungen werden energiereiche Strahlen verstanden mit einer Härte von mindestens 100 Elektronenvolt und Neutronen jeder Energie.

§ 2

§ 1 III. und IV. AUB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

- (1) Ein Strahlenunfall liegt vor, wenn der Versicherte durch eine Strahleneinwirkung von außen auf seinen Körper oder durch Inkorporation strahlender Stoffe unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- (2) Bei einer Strahleneinwirkung von außen muss eine Dosis von mindestens 25 Rem innerhalb eines zusammenhängenden Zeitraums von vier Wochen eingestrahlt sein.
- (3) Die Inkorporation strahlender Stoffe muss durch einen bestimmten unvorhergesehenen Vorgang, den der Versicherungsnehmer nachzuweisen hat, erfolgt sein.
- (4) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
 - a) Berufs- und Gewerbekrankheiten,
 - b) Gesundheitsschädigungen, die nicht durch die Strahleneinwirkung, sondern durch andere Einwirkungen inkorporierter strahlender Stoffe entstehen.

§ 3

- (1) Die ersten Anzeichen der Gesundheitsschädigung müssen innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag festgestellt worden sein.
- (2) Als Unfalltag im Sinne dieser Bedingungen gilt der Zeitpunkt des Ereignisses, das nach § 5 anzuzeigen ist; erstreckt sich dieses Ereignis über mehrere Tage, gilt der letzte Tag.

§ 4

Der Nachweis zu §§ 1 und 2 wird, wenn er sich nicht aus dem Ermittlungsergebnis der Aufsichtsbehörde ergibt, durch ein Messinstrument und Eintragung in das Arbeitsbuch oder durch ein Sachverständigengutachten geführt, der Nachweis zu § 3 (1) durch das Attest eines Arztes, der von der nach Landesrecht zuständigen Behörde zu dessen Abgabe ermächtigt ist.

§ 5

Jedes Ereignis, auf das sich der Versicherungsschutz erstreckt und das eine Gesundheitsschädigung zur Folge haben kann, ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

§ 6

§ 7 I. – VII. AUB wird durch folgende Bestimmungen ersetzt:

I. Invaliditätsleistung (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Strahlenunfall nach Ablauf von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte am Unfalltag das 65. Lebensjahr vollendet, wird die Leistung als Rente gemäß § 14 AUB in der durch nachstehenden § 7 geänderten Fassung erbracht.

Ein Anspruch auf Invaliditätsleistung ist spätestens innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Ablauf des auf den Unfall folgenden dritten Jahres anzumelden und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.

- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Bei Verlust oder völliger Erwerbsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
andere Finger	5 Prozent

Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent
Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent
Geschmackssinn	5 Prozent

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Strahlenunfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- d) Sind durch den Strahlenunfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
- (3) Wird durch den Strahlenunfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod strahlenunfallbedingt innerhalb von drei Jahren nach dem Strahlenunfall ein, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt der Versicherte aus strahlenunfallfremder Ursache innerhalb von drei Jahren nach dem Strahlenunfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als drei Jahre nach dem Strahlenunfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsrente (sofern vereinbart)

- (1) Besteht eine strahlenunfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, nachdem die ärztliche Behandlung abgeschlossen oder nachdem mindestens ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, vergangen ist, wird für die Dauer der Beeinträchtigung, längstens bis zum Ablauf des dritten Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, eine Übergangsrente gewährt. Die Übergangsrente beträgt im Monat 1 Prozent der versicherten Invaliditätssumme. Sie wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft und monatlich im Voraus gezahlt. Für die Bemessung des Grads gelten die Bestimmungen im Absatz I.
- (2) Dem Versicherungsnehmer obliegt es, einen Anspruch auf Übergangsrente unverzüglich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.
- (3) Versicherer und Versicherungsnehmer können während der Laufzeit der Übergangsrente im Abstand von mindestens drei Monaten verlangen, dass der Grad der Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit überprüft wird. Nach Feststellung einer Änderung des Grads gilt dieser vom nächsten Fälligkeitstermin der Übergangsrente an.

III. Tagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Strahlenunfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrads richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
- (2) Das Tagegeld wird frühestens vom 43. Tag an bis längstens für ein Jahr, beide vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld (sofern vereinbart)

- (1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Strahlenunfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein Kalendertag gerechnet.
- (2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld (sofern vereinbart)

- (1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage, und zwar
- | | |
|--------------------------|-------------|
| für den 1. bis 10. Tag | 100 Prozent |
| für den 11. bis 20. Tag | 50 Prozent |
| für den 21. bis 100. Tag | 25 Prozent |
- des Krankenhaustagegelds.
- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Strahlenunfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfalleistung (sofern vereinbart)

- (1) Führt der Strahlenunfall innerhalb von drei Jahren zum Tod, entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.
- (2) Der Tod ist innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Strahlenunfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

VII. Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, so werden für die Zeit dieses Zustandes, längstens jedoch für die Dauer von 10 Wochen, wöchentlich 50 Euro gezahlt.

§ 7

(1) § 11 II. Satz 2 der AUB findet keine Anwendung.

(2) § 11 IV. Satz 1 der AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Versicherungsnehmer und Versicherer sind nach Ablauf von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, berechtigt, den Grad der Invalidität während der folgenden zwei Jahre jährlich neu ärztlich bemessen zu lassen.

§ 8

§ 14 II. der AUB wird durch folgende Bestimmung ersetzt:

Die Zahlung der Invaliditätsrente beginnt nach drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet. Die Rente wird bis zum Ende des Vierteljahres, in dem der Versicherte stirbt, geleistet, und zwar jeweils im Voraus am Vierteljahresersten.

22. Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) auf alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden; er beginnt mit dem Betreten des Boots und endet mit dessen Verlassen.
2. Versichert sind alle berechtigten Bootsinsassen unter Ausschluss von Personen, die beruflich mit der Wartung und Pflege des Boots (Angestellte und entlohnte Bootsdienere) zu tun haben.
3. Im Schadenfall wird die Versicherungssumme durch die Anzahl der zz. des Unfalls im Boot befindlichen Personen geteilt. Jede Person ist mit dem entsprechenden Teilbetrag der Versicherungssumme versichert.
4. a) Für Personen unter 18 Jahren gelten neben den AUB die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen. Bei Mitversicherung von Tagegeld wird der für diese Personen anfallende Tagegeldbetrag auf die anderen Bootsinsassen aufgeteilt.
5. Gemäß § 2 I. (6) AUB besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

23. Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung

In Abänderung des § 2 I. (3) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle infolge von Kriegsereignissen, sofern es sich nicht um einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Weltmächten (USA, Großbritannien, Frankreich, Rußland, China) handelt oder die Bundesrepublik Deutschland in einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand verwickelt wird.

Die aktive Teilnahme an Kriegsereignissen bleibt in jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Der erweiterte Versicherungsschutz gemäß Abs. 1 kann durch den Versicherer mit einer Frist von sieben Tagen gekündigt werden. Hierfür ist ein Bevollmächtigter mit Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland zu benennen, dem gegenüber diese Kündigung durch eingeschriebenen Brief rechtswirksam erfolgen kann.

24. Besondere Bedingungen für die Firmengäste-Unfallversicherung

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) nur auf Unfälle, die den Kunden und den Gästen des Versicherungsnehmers in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers unter Einschluss der Wege außerhalb dieses Bereichs während der Gesamtdauer der Besuchszeit zustoßen, sofern und solange die Besucher im Rahmen des Besuchs einer beruflichen Tätigkeit nachgehen oder sich aus Repräsentationsgründen in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.
- (2) Der Versicherungsschutz für Kunden und Gäste erstreckt sich auch auf Unfälle während der An- und Abreise zum Versicherungsnehmer, sofern und solange sich die Besucher in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.

25. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung zugunsten der Reiter von Miet- und Leihpferden

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) und der Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen auf Unfälle, die der berechnigte Reiter des im Vertrag näher bezeichneten Leihpferdes erleidet.
 - (2) Eingeschlossen sind Unfälle
 - a) beim Auf- und Absitzen,
 - b) während der Führung am Zügel,
 - c) anlässlich der Pflege und Vorsorge des Pferdes.
 - (3) Für Personen, die zum Unfallzeitpunkt das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gelten die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen.
2. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Unfälle von Personen, die für den Versicherungsnehmer eine berufliche oder gewerbliche Tätigkeit ausüben.

27. Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung beim Tod des Versicherungsnehmers

In Ergänzung des § 4 II. bis IV. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gilt Folgendes:

- a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt a) außer Kraft, es sei denn, dass durch Gesetz oder Anordnung der Aufsichtsbehörde etwas anderes vorgeschrieben ist.

28. Besondere Bedingung für den Einschluss von von Bewusstseinsstörungen in die Unfallversicherung

In Abänderung des § 2 I. (1) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

63. Besondere Bedingungen über den Ausschluss von Unfällen im Zusammenhang mit dem Umgang mit leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen

In Ergänzung von § 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) sind Unfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Suchen, der Untersuchung, Entschärfung, Sprengung oder sonstigen Tätigkeiten an und mit jeglichen leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen (z. B. Munition, Mienen) stehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

72. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (BB Progression 500 Prozent)

- 1. In Abänderung von § 7 I. und § 8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 Prozent beträgt. Darüber hinaus gilt Folgendes:

- a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 5 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.
- c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 9 Prozent aus der vereinbarten Invaliditätsgrundsumme.

- 2. Die Mehrleistung* wird für jede versicherte Person auf höchstens 1 Mio. Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei den DEVK Versicherungen weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Im Invaliditätsfall wirken sich diese Besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.grad %	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfallbed. Inv.grad %	Leistungen aus der Vers. summe %	Unfallbed. Inv.grad %	Leistungen aus der Vers. summe %
26	28	51	106	76	260
27	31	52	112	77	270
28	34	53	118	78	280
29	37	54	124	79	290
30	40	55	130	80	300
31	43	56	136	81	310
32	46	57	142	82	320
33	49	58	148	83	330
34	52	59	154	84	340
35	55	60	160	85	350
36	58	61	166	86	360
37	61	62	172	87	370
38	64	63	178	88	380
39	67	64	184	89	390
40	70	65	190	90	400
41	73	66	196	91	410
42	76	67	202	92	420
43	79	68	208	93	430
44	82	69	214	94	440
45	85	70	220	95	450
46	88	71	226	96	460
47	91	72	232	97	470
48	94	73	238	98	480
49	97	74	244	99	490
50	100	75	250	100	500

* Mehrleistung ist der die Invaliditätsgrundsumme übersteigende Betrag

81. Besondere Bedingungen für die Berufsunfallversicherung (BB Berufsschutz)

- 1. Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) ausschließlich Unfälle während des Berufs, sowie auf dem direkten Weg von und zur Arbeitsstätte, d. h. solche Unfälle, die Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB VII) oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
- 2. (1) Dem Versicherer ist innerhalb von zwei Monaten Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder kein Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.

Bezüglich einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gilt § 6 AUB.

- (2) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen.
- (3) Liegen bei Eintritt des Versicherungsfalls die Voraussetzungen für die Berufsunfallversicherung nicht vor, hat der Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:
- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

Übt der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß (3) nicht aus, setzt sich der Vertrag nach (3) a) ab dem Zeitpunkt des Wegfalls der Tarifvoraussetzungen fort.

Die in (3) vorgesehene Regelung gilt auch für den Fall, dass die Einschränkung des Versicherungsschutzes vereinbart wurde, obwohl beim Abschluss des Vertrags die Voraussetzungen nach (1) dieser Besonderen Bedingungen nicht vorlagen.

D. – Hinweise zum Datenschutz

Informationsblatt Datenschutz

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G. Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn Amtsgericht Köln HRB 8234	DEVK Allgemeine Versicherungs-AG Amtsgericht Köln HRB 7935
---	--

Sie erreichen uns unter folgender Adresse:

DEVK Versicherungen

Riehler Straße 190
50735 Köln
Telefon 0800 4-757-757
Fax 0221 757-2200
E-Mail: info@devk.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter o. g. Adresse mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“; per E-Mail unter datenschutz@devk.de oder über das Kontaktformular auf unserer Internetseite unter www.devk.de/datenschutz.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (CoC) verpflichtet. Diese präzisieren die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft und erhöhen zugleich die Transparenz der Datenverarbeitung. Die Regeln können Sie im Internet unter www.devk.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Leistung ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit den DEVK Versicherungen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, einer Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss einer Lebensversicherung) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der DEVK Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie der DEVK Versicherungen insgesamt;
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit von der informa HIS GmbH (Kreuzberger Straße 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betrieben wird. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- und Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Hierfür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabatts in der Kfz-Versicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Wir arbeiten zurzeit mit den Auskunfteien „infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden“ und „Creditreform Düsseldorf/Neuss Roumen, Waterkamp & Coll. KG, Heesenstraße 65, 40549 Düsseldorf“ zusammen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir gegebenenfalls vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir gegebenenfalls auch vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den zuvor beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirken des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung dieser Entscheidung.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Empfänger und Empfängerkategorien von personenbezogenen Daten

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste unter www.devk.de/datenschutz oder im Anhang des Antrags finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an den Sie betreuenden Vermittler, soweit dieser die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigt.

Externe Dienstleister

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. Teile der Leistungsprüfung oder gegebenenfalls die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Stelle. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß für uns personenbezogene Daten verarbeiten unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die gültige Liste ist dem jeweiligen Antrag beigefügt. Sie kann auch im Internet unter www.devk.de/datenschutz eingesehen oder bei den DEVK Versicherungen, Zentrale Kundenbetreuung, Riehler Straße 190, 50735 Köln, E-Mail: info@devk.de schriftlich angefordert werden. Zu diesen externen Dienstleistern gehören u. a. Gutachter, Sachverständige, Assistance-Dienstleister, Aktenvernichter und Anbieter von IT-Services.

Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherungen ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfang. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus kann es erforderlich sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Strafverfolgungsbehörden).

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die o. g. Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unsere Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO) und dem Geldwäschegesetz (GWG). Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Gemäß den Artikeln 15 bis 22 DSGVO haben Sie bezüglich der Verarbeitung Ihrer Daten bestimmte Rechte.

Auskunftsrecht, Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen (Art. 15). Außerdem haben Sie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format (Art. 20).

Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung, die Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen (Art. 16 bis 18).

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs bleibt die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einwilligung rechtmäßig.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44
40102 Düsseldorf

D. – Hinweise zum Datenschutz

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Art. 13 und 14 EU-DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrags oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage) können. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbeziehbare Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1f EU-DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrags oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende oder einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz oder Niederlassung in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) EU-DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- direkt personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen zehn Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 EU-DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 EU-DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist.

Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I oder II zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.infoma-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontakt Daten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden
Telefon: 0611 880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@informa.de.

D. – Hinweise zum Datenschutz

Information gem. Art. 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o. a. Anschrift, Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrags vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f EU-DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z. B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrags).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) EU-DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, solange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 - 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrags mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 EU-DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 EU-DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 EU-DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 EU-DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für

den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstraße 10 a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der EU-DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 EU-DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen:

Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter:

<https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntheit der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 EU-DSGVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der EU-DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 EU-DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Information nach Art. 14 EU-DSGVO der EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH (nachfolgend auch EURO-PRO genannt)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1-3, 61279 Grävenwiesbach, Tel.: +49 (0)6086/ 3988-0.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH ist unter der o. g. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@europro.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die EURO-PRO

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der EURO-PRO oder einem Dritten verfolgt werden

Die EURO-PRO verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern im Rahmen einer Anschriftenermittlung neue und aktualisierte Anschriften sowie eine Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte übermittelt. EURO-PRO stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere der Forderungsausfall. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Identitätsprüfung, Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Altersprüfung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die EURO-PRO gemäß Art. 14 Abs. 4 DSGVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die EURO-PRO verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegt.

2.3 Herkunft der Daten

Die Daten, die die EURO-PRO verarbeitet, bezieht sie aus externen Datenquellen, wie z. B. öffentlichen und nicht öffentlichen Verzeichnissen, amtlichen Bekanntmachungen, Einwohnermeldeämtern, sowie Kooperationspartnern. Vertragspartner der EURO-PRO sind im Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz ansässige Unternehmen. Hierzu arbeitet EURO-PRO u. a. mit I.C.M. International Claim-Management GmbH, Zur Fahn 3, 61276 Weilrod, zusammen. Nähere Informationen zur Tätigkeit der I.C.M. können deren Informationsblatt entnommen oder online unter https://www.icmonline.de/icm_datenschutz.html eingesehen werden. Darüber hinaus verarbeitet die EURO-PRO Informationen, die sie von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München erhält (www.crifbuergel.de/de/datenschutz). Ferner verarbeitet sie Informationen aus Zustellprüfungen sowie weiteren allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Einwohnermeldeämter). Quellen sind dann allgemein zugänglich, wenn sie technisch geeignet und bestimmt sind, der Allgemeinheit Informationen zu verschaffen (BVerfGE 27, 71, 83; BVerfGE 103, 44, 60). Hierunter fallen beispielsweise alle Daten aus frei zugänglichen Medien wie Rundfunk, Fernsehen und Hörfunk, Zeitungen und Zeitschriften, Büchern, Internet, Informationen aus Ausstellungen, Messen und Vorträgen aber auch voraussetzungslos zugängliche private und hoheitliche Register. Zudem speichert EURO-PRO die personenbezogenen Daten, die Sie bei einem Antrag auf eine Datenkopie nach Art. 15 DSGVO stellen.

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

- Personendaten, z. B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beauskunftet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften, gesetzliche Vertreter, Familienstand, Staatsangehörigkeit, E-Mail-Adresse, Telefonnummer;
- Bonitätsdaten (Forderungen, Einträge ins Schuldnerregister, Insolvenzdaten, Scorewerte) Ermittlung des Arbeitgebers oder Leistungsträgern, Telefonnummern, Kraftfahrzeugdaten;
- Informationen aus amtlichen Bekanntmachungen und öffentlichen Verzeichnissen.

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind Vertragspartner aus den Bereichen Handel, Dienstleistung, Energieversorgung, Telekommunikation, Versicherung oder Inkasso sowie Kreditinstitute, Finanz- und Zahlungsdienstleister und weitere Vertragspartner. Die Übermittlung von Daten in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes erfolgt gemäß den Anforderungen der Europäischen Kommission. Ggfs. Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Bonitätsabfrage oder Adressermittlung an die CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München (CRIF Bürgel). Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen ist Art 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO. Die CRIF Bürgel GmbH verarbeitet die erhaltenen Daten und verwendet sie auch, um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Bonitäts- oder Adressinformationen von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der CRIF Bürgel GmbH können dem CRIF Bürgel Informationsblatt nach Art. 14 DSGVO entnommen oder unter www.crifbuergel.de/de/datenschutz eingesehen werden. Weitere Empfänger können die I.C.M. International Claim-Management GmbH, Zur Fahn 3, 61276 Weilrod (https://www.icmonline.de/icm_datenschutz.html) sowie weitere Auftragnehmer der EURO-PRO nach Art. 28 DSGVO sein.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die EURO-PRO speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre auf den Tag genau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z. B. gelöscht:

- Personenbezogene Informationen bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit, der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

- Kraftfahrzeugdaten bleiben taggenau ein Jahr gespeichert.
- Die Daten aus unserer Arbeitgeberermittlung bleiben taggenau ein Jahr gespeichert.
- Bonitätsdaten und Scorewerte werden zum Zwecke der Einsichtnahme unserer Vertragspartner 90 Tage für diese aufbewahrt und danach taggenau gelöscht.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der EURO-PRO das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für EURO-PRO zuständige Aufsichtsbehörde (Hessischer Beauftragter für Datenschutz und Informationssicherheit), zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben (z. B. Aufenthalt im Frauenhaus), widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an die EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH, Lindenhof 1 - 3, 61279 Grävenwiesbach.

4. Profilbildung (Scoring)

Vor Geschäften mit einem wirtschaftlichen Risiko möchten Geschäftspartner möglichst gut einschätzen können, ob den eingegangenen Zahlungsverpflichtungen nachgekommen werden kann. Die EURO-PRO berechnet Scorewerte nicht selbst, sondern bezieht diese von der CRIF Bürgel GmbH, Leopoldstr. 244, 80807 München, Tel.: +49 (0)40 89803-0.

E. – Auszug aus der Satzung der „DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung Sach- und HUK-Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn “
– Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Versicherungs-AG“

**Auszug aus der Satzung der
„DEVK Deutsche Eisenbahn Versicherung
Sach- und HUK-Versicherungsverein a.G.
Betriebliche Sozialeinrichtung der Deutschen Bahn“**

§ 2

Wesen und Zweck des Vereins

1. Der Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Er ist eine Selbsthilfeeinrichtung der Eisenbahner und von der Deutschen Bahn AG sowie dem Bundeseisenbahnvermögen als betriebliche Sozialeinrichtung anerkannt.
2. Der Verein bezweckt
 - a) die Versicherung des Gutes seiner Mitglieder gegen Feuer- einschl. Blitzschlag- und Explosions-, gegen Einbruchdiebstahls- und Beraubungs-, Leitungswasser-, Sturm-, Glasbruch- und Transportschäden,
 - b) die Versicherung seiner Mitglieder gegen Unfall- und Haftpflichtschäden,
 - c) die Kraftfahrtversicherung, die Kraftfahrt-Strafrechtsschutzversicherung sowie die Kraftfahrt-Pannerversicherung seiner Mitglieder,
 - d) die Versicherung seiner Mitglieder gegen verschiedene finanzielle Verluste,
 - e) die Technische Versicherung sowie die sonstige Schadenversicherung seiner Mitglieder,
 - f) die Auslandsreise-Krankenversicherung seiner Mitgliedernach den Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die einzelnen Versicherungsarten,
 - g) die Vermittlung von Versicherungen in den vom Verein selbst nicht betriebenen Versicherungszweigen; in den selbst betriebenen Versicherungszweigen nur in Bezug auf die nach § 5 der Satzung nicht versicherbaren Personen.
3. Mit Genehmigung der Versicherungsaufsichtsbehörde kann der Geschäftsbetrieb auf andere Versicherungszweige ausgedehnt werden.
4. Der Verein kann Rückversicherung nehmen und gewähren. Durch die Gewährung von Rückversicherung wird eine Mitgliedschaft zum Verein gem. § 5 nicht begründet. Der Umfang des Rückversicherungsgeschäfts darf 10 Prozent des Umfangs der Mitgliederversicherung nicht übersteigen.
5. Der Verein kann als Vermittler von Bausparverträgen und Investmentfondsanteilen tätig werden, soweit § 15 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht entgegensteht.

§ 5

Mitgliedschaft

1. Dem Verein können als Mitglieder beitreten:
 - a) Eisenbahner,

Angehörige der Eisenbahn-Nebenbetriebe,
Mitarbeiter von Unternehmen, deren Grund- oder Stammkapital im Mehrheitsbesitz eines Eisenbahnunternehmens steht,
Mitarbeiter von Unternehmen, die zum Organisationsbereich der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ oder der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“ gehören,
Mitglieder der „Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft“ und der „Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer“,
Mitarbeiter und Mitglieder der gesetzlichen Sozialeinrichtungen sowie Mitarbeiter der Einrichtungen gem. §§ 13, 14, 15 des Gesetzes zur Zusammenführung und Neugliederung der Bundeseisenbahnen,
Vertrauensärzte der Eisenbahn und ihrer Sozialversicherungsträger,
Mitarbeiter von Linienverkehrsunternehmen im Sinne der §§ 2 I Nr. 1 bis 3, 42, 43 Personenbeförderungsgesetz,
– sofern diese von Gebietskörperschaften, Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts selbst betrieben werden
oder
– sofern diese von juristischen Personen des Privatrechts, an deren Grundkapital juristische Personen des deutschen öffentlichen Rechts mit mehr als 50 Prozent beteiligt sind, betrieben werden
sowie Mitarbeiter von deren Beteiligungsunternehmen
– sofern sie Dienstleistungen für Linienverkehrsunternehmen erbringen,
Mitarbeiter von Unternehmen oder öffentlichen Verwaltungen, die Verkehrsleistungen, Verkehrsmittel, Verkehrsanlagen oder Verkehrsserviceleistungen bestellen, erstellen, sofern die Mitarbeiter vom Vorstand allgemein oder im Einzelfall für die Mitgliedschaft zugelassen sind.

Mitarbeiter des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur und seiner nachgeordneten Behörden sowie Mitarbeiter solcher Gesellschaften, an denen die Bundesrepublik Deutschland mehrheitlich beteiligt ist und die in die Ressortzuständigkeit des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur fallen

Vorstehendes gilt auch für Ehegatten und Lebenspartner der unter lit. a) genannten Mitglieder mit gemeinsamer Haushaltsführung sowie für deren Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft mit gemeinsamer Haushaltsführung und – solange sich ein Mitglied in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis befindet – für dessen Kinder; ferner auch für nicht mehr aktive Mitarbeiter, sofern sie Versorgungsbezüge bzw. Rentenleistungen erhalten und deren versorgungs-/rentenberechtigzte Hinterbliebene.

- b) Die unter a) genannten Dienstherren und Arbeitgeber.
 - c) Vereinigungen der oben bezeichneten Personen.
2. Die Mitgliedschaft wird durch Abschluss einer Versicherung mit dem Verein erworben. Sie beginnt mit dem Inkrafttreten der Versicherung und endet mit ihrem Erlöschen.
 3. Das Mitglied ist verpflichtet, dem Verein den Fortbestand der Voraussetzungen für den Erwerb der Vereinsmitgliedschaft auf Verlangen nachzuweisen. Den Wegfall der Voraussetzungen hat das Mitglied unverzüglich anzuzeigen.
 4. Ausnahmsweise können auch für einen vom Vorstand festzulegenden Personenkreis Versicherungen gegen feste Prämien derart abgeschlossen werden, dass der Versicherungsnehmer nicht Mitglied des Vereins wird, er somit weder Anspruch auf Überschussverteilung hat, noch nachschusspflichtig ist. Auf solche Versicherungen dürfen zusammen höchstens 10 Prozent der Beitragseinnahme entfallen.
 5. Sofern eine Versicherung gemäß § 5 Ziffer 4. der Satzung nicht in Betracht kommt, ist der Verein, sobald er von dem Wegfall der unter Ziffer 1. genannten Voraussetzungen Kenntnis erlangt, verpflichtet, das Versicherungsverhältnis spätestens drei Monate vor Ablauf des laufenden Versicherungsjahres zu kündigen. Hat die Dreimonatsfrist bereits begonnen und ist deshalb die Kündigung zum Ende des laufenden Versicherungsjahres nicht mehr zulässig, ist das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.

Fassung vom 11. Dezember 2020

Auszug aus der Satzung der „DEVK Allgemeine Versicherungs-AG“

§ 2

Gegenstand des Unternehmens

1. Gegenstand des Unternehmens ist der Betrieb
 - a) der Sachversicherung,
 - b) der Haftpflichtversicherung,
 - c) der Unfallversicherung,
 - d) der Kraftfahrtversicherung,
 - e) der Kraftfahrt-Strafrechtsschutzversicherung,
 - f) der Kraftfahrt-Pannenschutzversicherung,
 - g) der Transportversicherung,
 - h) der Rückversicherung,
 - i) der sonstigen Schadenversicherung,
 - j) der Versicherung gegen verschiedene finanzielle Verluste,
 - k) der Auslandsreise-Krankenversicherung, sowie
 - l) der Kautionsversicherung
 - m) der nichtsubstitutiven Krankenversicherung.
2. Die Gesellschaft kann als Vermittler von Versicherungs-, Bauspar- und Investmentverträgen tätig werden, soweit § 15 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) nicht entgegensteht.
3. Ferner ist es der Gesellschaft gestattet, die Geschäfte anderer Versicherungsunternehmen weiterzuführen, Bestände zu übernehmen und sich an anderen mit ihrem Geschäftsbetrieb in wirtschaftlichem Zusammenhang stehenden Unternehmen zu beteiligen.

Fassung vom 29. April 2021